Retinopatia Diabetica (Valutazione Iniziale e di Follow-up)

Traduzione a cura di: Dott. Giuseppe Giannaccare e Dott.ssa Cecilia Benedetti

Revisione a cura di: Prof. Emilio C. Campos

Anamnesi (Elementi chiave)

- Durata del diabete
- Controllo glicemico dei mesi precedenti (emoglobina A1c)
- Farmaci
- Anamnesi patologica (per es., obesità, patologie renali, ipertensione sistemica, assetto lipidico, gravidanza)
- Anamnesi oculare

Esame obiettivo (Elementi chiave)

- Acuità visiva
- Biomicroscopia alla lampada a fessura
- Misurazione della PIO
- Gonioscopia prima della dilatazione quando indicata (per neovascolarizzazione dell'iride o incremento della PIO)
- Valutazione pupillare per la ricerca di una disfunzione del nervo ottico
- Esame approfondito del fondo oculare in midriasi inclusa la valutazione stereoscopica del polo posteriore
- Esame della periferia retinica e del vitreo, preferibilmente eseguita con l'oftalmoscopia indiretta oppure con l'esame biomicroscopico alla lampada a fessura

Diagnosi

- Classificare entrambi gli occhi in base alla categoria e alla gravità della retinopatia diabetica e dell'edema maculare. Ciascuna categoria ha un rischio intrinseco di progressione ed è legata all'aderenza al controllo complessivo del diabete

Anamnesi alla vista di follow-up

- Sintomi visivi
- Salute generale (gravidanza, pressione sistemica, colesterolo sierico, funzionalità renale) ^[A:III]
- Stato glicemico (emoglobina A1c) ^[A:1]

Esame obiettivo di follow-up

- Acuità visiva
- Misurazione della PIO
- Biomicroscopia alla lampada a fessura con valutazione dell'iride
- Gonioscopia (preferibilmente prima della dilatazione se si sospetta o se è presente una neovascolarizzazione oppure se è elevata la PIO)
- Valutazione stereoscopica del polo posteriore in midriasi
- Esame della periferia retinica e del vitreo quando indicato
- Imaging OCT se necessario

Esami ausiliari

- La tomografia a coerenza ottica può essere utilizzata per quantificare lo spessore retinico, monitorare l'edema maculare, identificare le trazioni vitreo-maculari, evidenziare altre forme di alterazione maculare in pazienti con edema maculare diabetico. La decisione di ripetere le iniezioni di anti-VEGF, sostituire l'agente terapeutico (per esempio l'uso di corticosteroidi intraoculari), iniziare il trattamento laser o considerare la chirurgia vitreale è spesso basata in parte sulle rilevazioni della tomografia a coerenza ottica.
- La foto fundus potrebbe essere utile per documentare la presenza di neovascolarizzazioni del disco ottico e di altre regioni, la risposta al trattamento e la necessità di ulteriori trattamenti nelle visite successive.
- L'angiografia con fluoresceina è usata come guida per il trattamento laser dell'EMCS e come mezzo per valutare la causa/cause di un decremento inspiegabile dell'acuità visiva. L'angiografia può identificare una mancata perfusione dei capillari maculari oppure la fonte di un leakage capillare che determina un edema maculare come possibili spiegazioni di una perdita dell'acuità visiva.
- L'angiografia con fluoresceina non è indicata routinariamente come parte integrante nella valutazione dei pazienti diabetici
- L'ultrasonografia consente la valutazione delle condizioni della retina in presenza di emorragie vitreali o di altre opacità medie, e può essere utile per definire l'estensione e il grado della trazione vitreale specialmente a livello maculare in occhi diabetici.

Educazione del paziente

- Discutere i risultati dell'esame e le loro implicazioni.
- Invitare il paziente diabetico, ma senza retinopatia diabetica a sottoporsi ad esami annuali del fondo oculare.
- Informare il paziente che un trattamento efficace per la retinopatia diabetica dipende da un intervento tempestivo, nonostante una buona visione e l'assenza di sintomi oculari.
- Educare il paziente riguardo all'importanza di mantenere nei limiti normali il livello glicemico, la pressione sistemica e i livelli di lipidi sierici
- Informare gli altri medici che seguono il paziente, per es. medico di famiglia, internista, endocrinologo, sui risultati delle visite oculistiche
- Fornire il proprio supporto professionale ai pazienti le cui condizioni non rispondono alla chirurgia e per i quali non è disponibile alcun trattamento e offrire riferimenti opportuni per consigli, riabilitazione e servizi sociali
- Indirizzare i pazienti con un deficit visivo post-operatorio invalidante dal punto di vista funzionale verso la riabilitazione visiva (vedi www.aaopt.org/smartsight) e i servizi sociali

Retinopatia Diabetica (Raccomandazioni per la Gestione)

Traduzione a cura di: Dott. Giuseppe Giannaccare e Dott.ssa Cecilia Benedetti

Revisione a cura di: Prof. Emilio C. Campos

Raccomandazioni per la gestione del paziente diabetico

Gravità della retinopatia diabetica	Presenza di Edema Maculare	Follow-up (mesi)	Trattamento laser pan retinico (SCATTER)	Laser focale e/o a griglia*	Terapia intravitreale con anti-VEGF
Normale o minima RDNP	No	12	No	No	No
Lieve RDNP	No	12	No	No	No
	EM	4-6	No	No	No
	EMCS†	1*	No	Qualche volta	Qualche volta
Moderata RDNP	No	6-12	No	No	No
	EM	3-6	No	No	No
	EMCS†	1*	No	Qualche volta	Qualche volta
Grave RDNP	No	4	Qualche volta	No	No
	EM	2-4	Qualche volta	No	No
	EMCS†	1*	Qualche volta	Qualche volta	Qualche volta
RDP non ad alto rischio	No	4	Qualche volta	No	No
	EM	4	Qualche volta	No	No
	EMCS†	1*	Qualche volta	Qualche volta	Qualche volta
RDP ad alto rischio	No	4	Raccomandata	No	Valutare
	EM	4	Raccomandata	Qualche volta	Spesso
	EMCS†	1*	Raccomandata	Qualche volta	Spesso

Anti-VEGF = anti-fattore di crescita vascolare endoteliale; EMCS = edema maculare clinicamente significativo; EM = edema maculare non clinicamente significativo; RDNP = retinopatia diabetica non proliferante; RDP = retinopatia diabetica proliferante.

*Trattamenti aggiuntivi che possono essere considerati includono: corticosteroidi intravitreali o anti fattori di crescita dell'endotelio vascolare (uso off-label, eccetto aflibercept e ranibizumab). Dati tratti dal Diabetic Retinopathy Clinical Research Network 2011, dimostrano che, dopo due anni di follow-up, il Ranibizumab intravitreale associato ad un trattamento laser concomitante o differito porta ad un maggior miglioramento dell'acuità visiva; così come, in occhi pseudofachici, il triamcinolone acetone intravitreale associato al laser porta ad un maggior miglioramento dell'acuità visiva comparato con il solo trattamento laser. I pazienti che ricevono le iniezioni intravitreali di farmaci anti-fattore di crescita dell'endotelio vascolare possono essere esaminati un mese dopo l'iniezione.

† Le eccezioni includono: ipertensione o ritenzione di liquidi associati a patologie cardiache, patologie renali, gravidanza o altre cause che possono aggravare l'edema maculare. In questi casi si potrebbe considerare di differire la fotocoagulazione a un breve periodo di terapia medica. Inoltre, è possibile differire il trattamento dell'EMCS quando il centro della macula non è coinvolto, l'acuità visiva è eccellente, è possibile uno stretto follow-up ed il paziente ha compreso i rischi.